

LA EDUCACIÓN EN FAMILIAS SOBRE EL COMPORTAMIENTO SUICIDA INFANTIL

Lizeth Estefanía Yate Velásquez

**Universidad El Bosque
Facultad de Medicina
Especialización en Salud Familiar y Comunitaria
Bogotá
2020**

LA EDUCACIÓN EN FAMILIAS SOBRE EL COMPORTAMIENTO SUICIDA INFANTIL

Lizeth Estefanía Yate Velásquez

Directora: Juanita García López

Trabajo de Grado para Optar por el Título de Especialista en Salud Familiar y Comunitaria

**Universidad El Bosque
Facultad de Medicina
Especialización en Salud Familiar y Comunitaria
Bogotá
2020**



La Universidad EL BOSQUE no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia.

Agradecimientos

Dar las gracias nos permite evidenciar lo afortunados que somos al contar con personas que nos ayudan a crecer personal y profesionalmente. Gracias a mi familia, amigos y docentes de la Universidad El Bosque por darme la oportunidad de ampliar mis conocimientos académicos y fortalecer mi experiencia laboral.

Resumen

La Salud Mental es el equilibrio dinámico que tiene el individuo con su entorno lo que permite potencializar capacidades, afrontar tensiones de la vida, trabajar productivamente y contribuir a su comunidad. Por otro lado, en el comportamiento suicida intervienen factores psicológicos, sociales y culturales. Puede ser una secuencia de eventos de manera progresiva, inicia con pensamientos e ideas, que dan paso a planes suicidas, posteriormente pasa a uno o más intentos de suicidio, terminando con el suicidio consumado.

800.000 personas se suicidan anualmente, una cada 40 segundos. En Colombia para el año 2017 se presentaron 109 suicidios y 3.444 intentos de suicidio en niños entre 5 y 14 años. Si bien hubo dificultades en la recolección de información, lo encontrado es consistente con el comportamiento suicida infantil como una problemática que genera impacto emocional y ante la cual, a los adultos les cuesta aceptar que en la infancia se presente este comportamiento por la estigmatización social que provoca que no se preste la atención requerida.

La familia es importante en la prevención del comportamiento suicida, siendo el primer entorno protector, educador y garante de derechos. La promoción y educación en salud fortalecen la salud logrando estilos de vida saludables. El Estado, la Sociedad y la Familia tienen la posibilidad de disminuir el comportamiento suicida infantil, depende de las actualizaciones realizadas, las medidas que se tomen en las políticas públicas y los sistemas de seguimiento para crear acciones oportunas, acordes a las necesidades de los menores.

Palabras claves

Comportamiento Suicida, Salud Mental, Familia, Infancia, Educación en Salud

Abstract

Mental Health is the dynamic balance that the individual has with his environment, which allows him to potentialize his capacities, face life's tensions, work productively and contribute to his community. On the other hand, psychological, social and cultural factors intervene in suicidal behavior. It can be a sequence of events in a progressive way, it starts with thoughts and ideas, which give way to suicidal plans, later it goes on to one or more suicide attempts, ending with the consummated suicide.

800,000 people commit suicide annually, one every 40 seconds. In Colombia, by 2017, 109 suicides and 3,444 suicide attempts were reported in children between the ages of 5 and 14. Although there were difficulties in collecting information, what was found is consistent with child suicidal behaviour as a problem that generates emotional impact and in the face of which, adults find it difficult to accept that this behaviour occurs in childhood because of the social stigmatization that results in not paying the required attention.

The family is important in the prevention of suicidal behaviour, being the first protective, educational and rights-guarantor environment. Health promotion and education strengthen health by achieving healthy lifestyles. The State, Society and the Family have the possibility of reducing children's suicidal behaviour, depending on the updates made, the measures taken in public policies and the monitoring systems to create timely actions, according to the needs of the children.

Key Words

Suicidal Behavior, Mental Health, Family, Childhood, Health Education

El reto del manejo y la prevención del comportamiento suicida en niños y niñas está en la educación de las familias

Introducción

El comportamiento suicida es un fenómeno que se ha convertido en un problema de salud pública que a nivel mundial afecta principalmente al grupo etario de 15 a 29 años, convirtiéndose en la segunda causa de muerte. Así mismo, es la tercera causa en los niños, observando así, que esta situación no solo afecta a adolescentes y adultos. El intento de suicidio es el principal factor de riesgo del comportamiento suicida debido a la cantidad de veces que puede autolesionarse una persona independientemente de la letalidad del método utilizado, situación que pone en alerta a los Gobiernos locales, departamentales y nacionales para que generen estrategias de salud mental enfocadas en la prevención(1).

La literatura sobre la problemática del suicidio en adultos y adolescentes es abundante, así como sus datos descriptivos y epidemiológicos. Sin embargo, no sucede lo mismo con la literatura en lo que refiere al comportamiento suicida infantil(2). Posiblemente no se ha discutido lo suficiente, no hay mucha recopilación de información y en ocasiones el comportamiento suicida infantil se confunde con el comportamiento suicida en adolescentes, convirtiéndolo en un inconveniente para su estudio y comprensión por parte de los profesionales de salud, salud mental y de las demás ciencias implicadas que puedan aportar soluciones(3).

El curso de vida está clasificado en: Primera infancia, que comprende las edades entre 0 y 5 años; Infancia que inicia a los 6 años y culmina a los 11 años; Adolescencia que se encuentra entre los 12 y 18 años; Juventud que abarca las edades de 19 a 26 años; Adulthood entre los 27 y 59 años y la vejez en donde

se ubica a las personas mayores de 60 años. En la infancia el menor inicia su ciclo escolar, tiene sus primeras relaciones sociales y de acuerdo con varios autores es una etapa libre de preocupaciones, responsabilidades y dificultades graves(4). También, los niños toman conciencia de sus sentimientos y de los sentimientos de los demás, aprenden a manejar sus emociones, es decir, saben que los hace enojar, sentir temor o tristeza e identifican las conductas que manifiestan las personas como respuesta a esas emociones(5). Los niños y las niñas aprenden a autorregularse. En esta instancia del curso de vida, tanto los padres como los menores comparten el poder, entendiendo así, que los menores aprenden a hacerse cargo de las consecuencias de sus conductas(5).

Los comportamientos suicidas en niños se definen como “la preocupación, intento o acto que intencionalmente busca causarse daño a sí mismo”(2). Dichos comportamientos tienen expresiones en conductas como: dejar de jugar, preferir estar solo, presentar problemas de sueño, descenso en el rendimiento escolar y dificultades de concentración.

La infancia, como componente del ciclo vital tiene un gran impacto en la vida adulta, dado que el establecimiento de una base segura en la familia permite en el menor una mejor toma de decisiones, el reconocimiento de los integrantes de la familia como pertenecientes a distintos contextos sociocultural, participación activa en el cuidado de la salud propia, afrontamientos al mundo social, adaptaciones del comportamiento a los entornos, aprendizaje de roles femeninos y masculinos y el desarrollo de conceptos de uso cotidiano(5).

En razón a lo anterior, se plantea la necesidad de estudiar la problemática del comportamiento suicida infantil.

Salud mental y comportamiento suicida

El concepto de salud mental fue propuesto por la Organización Mundial de la Salud - OMS en el año de 1950, con el fin de responder a intereses políticos y sociales de la Organización de las Naciones Unidas – ONU, para preservar a la humanidad de nuevas guerras(6), respetar los derechos humanos y crear condiciones más favorables donde primara la justicia social. La Segunda Guerra Mundial dejó al descubierto las problemáticas de aquellas personas que sufrían algún problema mental, de acuerdo con los registros históricos, se les daba un trato inhumano y muchos fueron exterminados en campos de concentración por considerarse que eran “incurables”(6) .

La OMS en su Carta de Constitución declaró que para “promover la solidaridad entre los pueblos, la felicidad y las relaciones armoniosas”(6) se debía a la salud, la cual denominó como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”(7). Los expertos de aquella época y teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Económico y Social de la ONU(6) exponen el concepto de salud mental desde un modelo biopsicosocial y se comprende como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer contribución a su comunidad”(6), concepto que todavía es vigente y la convierte en un componente integral y esencial de la salud.

La salud mental es más que la ausencia de trastornos, discapacidades mentales o alteraciones emocionales, se identifica como un derecho fundamental, donde cada persona puede lograr su desarrollo integral y tener una participación en el mundo actual(6). Por tanto, es importante practicar y promover la

salud mental en las personas, dado a que contribuye con el ejercicio de actividades y exalta sus capacidades y de esta forma logra afrontar el estrés diario, ser productivo y convivir en una comunidad logrando un bienestar individual y colectivo. Está influenciada por varios factores ya sean sociales, psicológicos o biológicos. Entre los cuales se puede encontrar las condiciones socioeconómicas, bajo nivel educativo, estrés laboral, exclusión social, pocos hábitos de vida saludables, enfermedades de alto costo, violencia y los trastornos mentales.

Hoy en día, la salud mental está priorizada por algunos Gobiernos dado a su connotación social y económica. Permite a los Gobiernos promocionar la salud mental en los diferentes entornos y realizar detección oportuna logrando la reducción de costos de atención a problemas y trastornos mentales y afectaciones psicológicas, robustece los sistemas de apoyo a las familias, mejora y fortalece la convivencia en su población aumentando los estilos de vida saludable. Las organizaciones buscan que las personas puedan tener una mejor condición de vida que implique tener un trabajo estable, acceder a los servicios (salud, educación, vivienda), buscando así una equidad social.

Se observa también que la salud mental se encuentra estigmatizada debido a prejuicios que circulan cotidianamente. Así, para muchas personas la salud mental está relacionada sólo con la presentación de trastornos mentales o discapacidades cognitivas. Es común escuchar ideas como: “está loco”, “como se le ocurre hacer eso” “¿Por qué no piensa en la familia?”, “los psicólogos son para los locos y yo no estoy loco”, “Por qué no se toma los medicamentos para que no sea así”, “el niño o niña parece un bobo”, entre otras. De esta forma se perjudica el bienestar de la persona dado que va a presentar dificultades en su autopercepción y la capacidad de desarrollar sus capacidades intelectuales y emocionales(6), obstaculizando su relación con el entorno y disminuyendo su productividad.

Por tanto, se deben buscar la promoción y protección de la salud mental para fomentar que las personas adopten estilos de vida saludables y mejorar los entornos que ayuden al desarrollo de la salud y, por ende, a la salud mental de cada uno. La sociedad debe crear espacios donde prime el derecho al acceso a los diferentes sistemas como el de salud, educación, transporte, justicia y vivienda que permita la eliminación del estigma y la discriminación que permita salvar vidas individuales y que fomente el bienestar de las familias y la comunidad.

Desde cada una de las instituciones se deben generar estrategias intersectoriales para la promoción de la salud mental, dado a que ésta influye directamente en la forma como las personas piensan, sienten, actúan y se relacionan entre sí. Por tanto, las personas deben contar con redes de apoyo que permitan soportar las dificultades de la vida diaria y puedan enfrentar el estrés de manera razonable; redes que le ayuden a tomar buenas decisiones, trabajar de manera productiva y disfrutar de relaciones interpersonales positivas que contribuyan significativamente al proyecto de vida de la persona, donde se incluya su familia y su comunidad.

La situación de la salud mental en América Latina se ha visto afectada principalmente por el progreso económico, las transformaciones sociales y el aumento de la expectativa de vida de las personas. El Estado es el principal agente de protección de los derechos humanos, pero no ha sido suficiente para que los gobernantes comprendan que la salud es “un bien público mundial que trasciende fronteras, que está relacionado con la justicia social y que tiene como ejes a la equidad, la ética y el respeto a los derechos humanos”(8), con estos ejes se busca fortalecer una gobernabilidad democrática que permita una sociedad segura e inclusive para la ciudadanía, comprendiendo así que el Estado debe defender los intereses de las personas, su bienestar y desarrollo humano, fundamentado en el desarrollo y ejecución de políticas

públicas que intervengan en las necesidades reales de la población y los determinantes sociales de salud(8).

Esta incompreensión por parte de los gobernantes ha hecho que se intensifiquen las problemáticas psicosociales(9), generando sufrimiento individual y grupal. Además, la falta de acceso a servicios de salud, donde las personas no logran un tratamiento adecuado para sus afectaciones psicosociales que no les permite generar en sus vidas un impacto positivo emocional y económico. Se debe lograr un equilibrio entre el gobierno y la justicia en salud con políticas públicas, cuya participación de los ciudadanos permitan afrontar problemas y disminuir las inequidades de salud.

En contraste, el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013 – 2020 de la OMS tiene como visión valorar, fomentar y proteger la salud mental. Prevenir los trastornos mentales y que las personas afectadas puedan ejercer sus derechos humanos y acceder de forma oportuna a una atención sanitaria y social de calidad. Además, socialmente se debe estimular la recuperación y así aumentar la participación de las personas en la sociedad sin estigmatizaciones ni discriminaciones(10) .

Las acciones derivadas del Plan de Acción sobre Salud Mental 2013 – 2020, relevan que ésta debe ser tomada en cuenta en todos los ciclos vitales. Las instituciones deben direccionar políticas, planes y servicios de salud que satisfagan las necesidades sanitarias y sociales de la población, teniendo en cuenta sus características físicas, psicológicas y sociales. Es importante que los profesionales de la salud tengan en cuenta que “la salud y la enfermedad pueden existir simultáneamente”(6) y que la participación de la persona permite mejorar la calidad de la atención y por tanto la eficacia del tratamiento y la calidad de vida(6) .

Una de las situaciones que afecta la salud mental es el comportamiento suicida. Este se entiende como una conducta compleja en la que intervienen no solo factores de enfermedad y psicológicos, sino también sociales y culturales(11). La Resolución 4886 de 2018 de la Legislación Colombiana refiere que el comportamiento suicida tiene un origen multifactorial. Donde ocurre la secuencia de eventos de manera progresiva llamado proceso suicida. De manera que inicia con pensamientos e ideas suicidas, que dan paso a los planes suicidas, posteriormente pasa a uno o más casos de intentos con aumento en su letalidad sin llegar a la muerte y termina con el suicidio consumado(12) .

Otros autores hacen referencia a que el comportamiento suicida contempla todas aquellas acciones que llevan a la persona al suicidio. Entre las cuales se encuentra la ideación suicida, el intento de suicidio o la incursión del suicidio con resultado fatal(13). Comprendiendo así al suicidio como la acción de quitarse la vida voluntariamente. No obstante, se resalta que este proceso puede no ser secuencial, pero cada una conlleva a un riesgo hacia el suicidio consumado(14) .

Existen varias teorías psicológicas que han realizado estudios significativos sobre este tema. Entre estas se encuentra el modelo cognitivo de la conducta suicida de Aaron Beck y la teoría emergente de Thomas Joiner denominada Teoría interpersonal del suicidio(15), que tratan de dar una explicación a la magnitud, importancia y seriedad de este tema que surge debido a múltiples problemáticas que genera un gran impacto, no solo en el núcleo familiar, sino en la comunidad a la cual pertenece la persona que realiza el comportamiento suicida.

El modelo de la conducta suicida de Beck se basa en su teoría cognitiva donde refiere que “los pensamientos y la manera de interpretar los eventos de la vida, tienen un rol causal en las respuestas

emocionales y conductuales a tales eventos”(15) . El modelo refiere que existen factores de vulnerabilidad que predisponen al individuo para tener o desarrollar psicopatologías y que incrementan la probabilidad de cometer actos suicidas o factores que predisponen al individuo a cometer actos suicidas, sin tener un antecedente psicopatológico, estas situaciones se disparan por el estrés que generan procesos cognitivos mal adaptativos que los llevan a cometer el acto suicida(15).

La teoría psicológica interpersonal del suicidio propone que “el deseo de suicidio es separable de la capacidad de suicidio. En otras palabras, para morir por suicidio, un individuo debe desear hacerlo y ser capaz de participar en un acto tan aterrador y doloroso”(16). El suicidio, se fundamenta en dos postulados, el primero habla de la percepción errónea de ser una carga para los demás. La persona considera que su presencia es un obstáculo para que ellos tengan un mayor bienestar y el segundo es que la persona no actúa sobre el deseo de muerte a menos de que haya desarrollado la capacidad para hacerlo, la cual se potencia mediante la experiencia de situaciones dolorosas(15).

El suicidio ha provocado todo un reto para la salud pública a nivel mundial(17), dado que, de acuerdo con la OMS, cerca de 800.000 personas se quitan la vida, es decir, ocurre una muerte cada 40 segundos y es la tercera causa de muerte para los jóvenes de edades entre los 15 y 19 años(1), quienes utilizan los plaguicidas, el ahorcamiento o las armas de fuego para acabar con su vida en todo el mundo. En Colombia, para el año 2016 se presentaron 4 casos de suicidio entre menores de 5 y 9 años y 107 entre las edades de 10 y 14 años(18). Por contraste, se puede observar que el intento de suicidio es aquella conducta donde la persona pensó, planeó y llevó a cabo su estrategia para acabar con su vida, sin desenlace fatal. Aquí la persona no solicita la ayuda de nadie para cometer el intento, se autolesiona pero no hay suicidio consumado(19). Se calcula que por cada suicidio consumado hay de ocho a diez intentos

de suicidio(14). En el año 2017 se presentaron 114 casos de intentos entre los 5 y 9 años y 3.330 casos entre 10 y 14 años(18).

La ideación suicida se entiende como “el deseo, pensamiento o plan acerca de cometer suicidio, o bien la cognición orientada a imágenes sobre la pérdida del sentido de vida o autodestructivas”(20). Por tanto, la ideación suicida se convierte en un factor predictor para llegar al suicidio consumado(14). La persona realiza manifestaciones que pueden indicar la intencionalidad de realizar un suicidio, que pueden incluir pensamientos fugaces sobre el no querer vivir, fantasías autodestructivas y planes de llegar a la muerte(19).

El comportamiento suicida podría indicar un malestar profundo, pero no necesariamente un trastorno mental. Cada persona con comportamiento suicida tiene una forma de presentación individual y única, pero todas tienen en común el sentimiento intenso de falta de esperanza y desesperación. Es importante resaltar que el menor es capaz de opinar sobre lo que le está perturbando o manifiesta temor por alguna situación, pero estos pensamientos representan un riesgo cuando el niño, la niña o el adolescente lo ve como la única opción para resolver sus problemas y es ahí cuando se puede convertir o generar los intentos de suicidio o los suicidios consumados(21). En la infancia, empiezan a construir relaciones sociales a través del juego e inician a configurar su identidad, aprenden a acatar normas y adoptar comportamientos cooperativos, de participación y de respeto.

Estos comportamientos están influidos principalmente por factores que intervienen en el desarrollo físico, psicológico y emocional de las personas. Por un lado, tenemos lo cognitivo, es decir aquellos pensamientos que llevan a la persona a tener ideas suicidas. Por otro, los factores sociales y familiares

que son detonantes de actos suicidas, estos pueden ser aspectos económicos, climáticos, geográficos, violencia, religión o educación(13) . Estos factores se comprenden como un fenómeno que da respuesta a esas causas sociales donde la persona expresa malestar y su última decisión es acabar con su vida(20) .

La OMS, refiere en su página web oficial que cerca de 800.000 personas se suicidan cada año, de las cuales 100.000 muertes se registran en el continente Americano. Sin embargo, no existen cifras específicas para la ideación suicida y el intento de suicidio. Las instituciones presentan dificultades para la atención de estos casos. No existen datos fehacientes sobre el comportamiento suicida, se presentan dificultades para la recolección de información por la falta de un instrumento para los profesionales que les permita valorar el riesgo suicida y en algunos casos hay errores en el diagnóstico(21) .

Comportamiento suicida e infancia

De acuerdo con varias investigaciones, se menciona que en Latinoamérica existe una mayor reserva y prejuicio respecto a la enfermedad mental y las alteraciones emocionales y se menciona que entre el 9% y el 18% de los niños y adolescentes han intentado suicidarse en alguna ocasión y en los menores de 12 años la cifra es entre el 2,6% y el 8%(22). Teniendo en cuenta los datos recolectados por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia, se evidencia que niños y niñas entre las edades de 6 a 12 años presentan uno o varios intentos suicidas(13) . Sin embargo, se cuenta con poca información respecto a las investigaciones del comportamiento suicida en el grupo de edad menor de 16 años(23), lo que disminuye los trabajos enfocados a fomentar el bienestar emocional de los niños y las niñas, sus familias y comunidades.

Es de vital importancia que se comprenda que la salud mental no es solo un estado, es también un proceso activo, dado a las dinámicas de las personas en sus procesos internos y externos donde se fortalecen sus capacidades biopsicosociales y se afianza su personalidad(24). Se evidencia a nivel mundial dificultad operativa para atender los desafíos actuales(24) de la salud mental, situación que predomina en la infancia, dado a que a los adultos se les dificulta aceptar que en este curso de vida existen enfermedades mentales y afectaciones psicológicas y emocionales por la estigmatización social que existe lo que provoca que no se preste la atención requerida y no se de un tratamiento oportuno(23).

El niño o la niña pueden vivir situaciones que generan alteraciones emocionales que se pueden relacionar con la aparición de trastornos mentales en el curso de vida de adultez, algunos pueden ser graves y repercutir en otras situaciones, teniendo incidencia negativa en el desarrollo de los niños y las niñas(25) . Estas alteraciones no solo se dan por condiciones biológicas o físicas, sino que también son el resultado de un contexto de procesos históricos(25).

Es probable que los niños y las niñas que presentan alguna alteración o trastorno mental no hayan sido atendidos por un profesional de la salud ya sea en primer nivel de atención, quizás por la estigmatización asociada al comportamiento de búsqueda de ayuda, los obstáculos para acceder a la atención de salud, la presentación inapropiada del comportamiento suicida en los medios de comunicación o la disponibilidad de los servicios de salud mental. Estas dificultades llevan a estudiar las condiciones actuales en las cuales se desarrollan los niños y las niñas(24), aquellos determinantes sociales en salud que, de acuerdo, con la OMS son “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”(25), se insiste en que la recolección de datos es escasa y la salud mental en la infancia

no es satisfecha, ni en los países de alto nivel de ingreso(26). Los diferentes medios de comunicación ayudan a informar el peligro latente que implica ser niño o niña(24). Es importante que ellos potencien su función social de manera responsable y educativa, ya que pueden presionar a los Gobiernos para que fortalezcan las medidas para prevenir el comportamiento suicida en niños y niñas(27), donde se pueda tener una mirada más integral para crear y fortalecer programas que permitan promover conductas más saludables(23).

El comportamiento suicida genera un impacto emocional en las familias y las comunidades y es más representativo cuando la persona implicada es un menor de edad(23). Situaciones de estrés y desorganización a nivel psicológico afectan gravemente la salud mental del niño que generan “sentimientos de pérdida, abandono, minusvalía, culpa, soledad, depresión y desesperación que lo conducen al deseo de morir”(28) . Años atrás, los adultos no le daban importancia a estas situaciones estresantes que presentaban los menores, por ser hechos poco frecuentes y cuando ocurrían, eran desestimados y asociados con accidentes, intoxicaciones o simplemente lo catalogaban como un mal comportamiento o como respuesta a los conflictos familiares(23).

El estudio del desarrollo humano comprende la infancia como el momento evolutivo fundamental del ciclo vital(24) , la UNICEF menciona que “La infancia significa mucho más que el tiempo que transcurre entre el nacimiento y la edad adulta. Se refiere al estado y la condición de la vida de un niño, a la **calidad** de esos años”(29) . Es así, que la infancia, toma un papel importante en la sociedad, ayuda al desarrollo de las sociedades a nivel político, económico y con las distintas leyes, decretos y resoluciones promueve la protección y cuidado de sus derechos, representando un deber para garantizar la salud mental en la

infancia(24) y fue en la Convención sobre los Derechos de los Niños donde se reconoció que los niños y las niñas son titulares de sus derechos, no son receptores pasivos de la caridad y por el contrario, son protagonistas y participativos en su propio desarrollo(29) .

En la infancia se generan cambios y transformaciones significativos en el “desarrollo biológico, afectivo, cognitivo y social”(23). Estos cambios integran el desarrollo integral, habilitando al menor a una vida autónoma y plena(24), y los enfrenta a situaciones negativas que van desde la falta de servicios básicos hasta los diferentes tipos de violencia(24) . El comportamiento suicida infantil puede tener varios mensajes: “desesperanza, depresión, odio, frustración, desesperación”(11) que, si permanecen por un largo tiempo, en ambientes de tensión, influyen significativamente en el estado emocional del niño o de la niña(28) , lo que puede llevar a pensar en la muerte, que es vista, como una respuesta real frente a una situación específica(30) .

Hablar de la muerte, resulta difícil ya que produce en la persona ansiedad y miedo el solo hecho de pensar que “algún día dejaremos de existir”(30) . Cuando sucede un evento de comportamiento suicida, en las familias, es difícil hablar sobre este tema, debido a los tabúes que se presentan en la sociedad al respecto, por un lado y por otro, el que algunos comportamientos suicidas son catalogados como un llamado de atención a los problemas familiares o sentimientos que el niño o la niña experimenta al ser víctima de algún tipo de maltrato(20) , siendo este su último esfuerzo desesperado para acabar con la amenaza que afecta su bienestar(28) , convirtiendo el concepto de muerte en un factor relevante para ejecutar este comportamiento(30) .

Se piensa que el menor que presenta un comportamiento suicida tiene una percepción más real de la muerte. Las investigaciones refieren que, para tener esta comprensión, es necesario que se tenga claridad en tres conceptos: la universalidad, entendiendo que la muerte es un fenómeno que afecta a todos, la irreversibilidad, donde se comprende que la muerte es un proceso irrevocable y la cesación de los procesos corporales, donde se entiende que con la muerte cesa toda la actividad corporal(30). De acuerdo con varias investigaciones se puede analizar que, en el rango de edad de 6 a 12 años, existen las siguientes fantasías sobre la muerte:

- Creen que la muerte es una continuación de la vida
- Es el sentimiento de ser privados de necesidades importantes
- Es un estado atractivo
- No es una respuesta aislada, sino el reflejo de su estilo de vida, unido con sus experiencias y estado mental(28)

Es importante resaltar, que la muerte no es un deseo, sino que es utilizada como un medio(11). Esto quiere decir que los niños y niñas en general no buscarían activamente terminar con su vida, tanto como solucionar vivencias sentidas como desbordantes. En la construcción del concepto de muerte en niños y niñas, se identifican 3 fases: La primera, en donde los menores de 5 años no tienen un concepto real de la muerte incluso niegan su carácter irreversible y la consideran como un viaje o sueño. La segunda tiene que ver con que los menores entre los 5 y 9 años reconocen la muerte, la pueden personificar y la entienden como un estatus evitable. La tercera es que los menores mayores de 9 años entienden la muerte como un proceso inevitable y universal(31). Por lo anterior, puede afirmarse que, a partir de los 8 años, los niños y niñas son capaces de tener un concepto de la muerte parecido al de un adulto, en tanto son capaces de entender los conceptos de universalidad e irreversibilidad. Sin embargo, todavía no

diferencian cuales son las causas reales que producen la muerte. Así, se debe desligar que el comportamiento suicida no responde necesariamente a un desconocimiento de la muerte(30).

“La agresión hacia los padres, la manipulación para ganar amor o para castigar a otros, la angustia, la reacción de sentimiento de desintegración y el deseo de reunirse con un pariente fallecido”(31) pueden llevar al menor a comportamientos suicidas, ya sea un intento o un suicidio consumado. La principal modalidad que encuentran los menores para acabar con su vida es el envenenamiento con medicamentos, siendo éstos de fácil consecución porque en la mayoría de los hogares se cuenta con un botiquín para tratar enfermedades comunes(11). Es de importancia, mencionar que los impactos emocionales en la infancia son síntomas de las sociedades modernas y en ocasiones, las particularidades de sus instituciones representativas, como lo es la familia(24) , la falta de comunicación es un determinante en el comportamiento suicida, por ejemplo, cuando los padres se divorcian, los menores lo pueden catalogar como un fallo personal(11) , generando una inestabilidad emocional en cada uno de sus miembros.

Existen varios factores y determinantes sociales relevantes que pueden desencadenar un comportamiento suicida en la infancia. Los trastornos de la personalidad, una emoción violenta, fracaso escolar(11) , depresión, disfunción cognitiva, conflictos intrafamiliares, pobreza extrema(13) , consumo de sustancias tóxicas o bullying(31). Distintas investigaciones concuerdan en afirmar que la depresión unido con la desesperanza(31) es el principal detonante del comportamiento suicida, que en los menores se traduce en “ánimo triste, autoimagen negativa, desesperanza, insomnio, poca concentración, sentimientos de culpa, preocupaciones, baja energía, indecisión, aislamiento social, consumos de alcohol o drogas”(11).

Estas situaciones estresantes para el menor generan una frustración intensa que no puede enfrentar, ya que desea escapar del estrés, la agresividad de algún familiar o un par o es una manifestación de una falsa valentía(11) . Se espera que desde los 5 años el niño o la niña aprenda orden, obediencia y control y se adapte a normas que aumentan a medida que crece(31) , por tanto en la infancia ocurren los procesos madurativos – constitucionales más importantes de los individuos(24), donde se permite el desarrollo de habilidades para la vida que ayudan a fortalecer relaciones interpersonales e interactuar con otros para que el menor se pueda desempeñar adecuadamente en “el hogar, la escuela y en la comunidad a la que pertenecen”(25).

La familia es parte fundamental del desarrollo de los menores permitiendo generar estabilidad emocional donde puedan crear y fortalecer mecanismos de afrontamiento que les permita a los padres fijar límites, resolver problemas y conflictos personales(31). La familia es el núcleo fundamental de la sociedad, es el primer entorno protector, educador y garante de los derechos de los niños y las niñas(25), por tanto, se deben fortalecer las acciones dirigidas a atender las necesidades emocionales y sociales de la infancia para continuar fortaleciendo las garantías de cuidado y protección(24).

Los niños con una buena salud mental tienen mejores relaciones con las personas que hacen parte de los diferentes contextos donde se desenvuelven (25) y es posible prevenir el comportamiento suicida si se realizan las intervenciones de asistencia oportuna(23) , no solo es “salud, educación, agua potable”(24) , se deben direccionar los estudios al desarrollo emocional temprano, considerándolo como una prioridad, ya que las interferencias impiden la consolidación de las potencialidades humanas y la personalidad(24).

La familia y su relación con el comportamiento suicida

El ambiente social y familiar donde se desarrolla el niño o la niña tiene gran relevancia en la generación y el impulso del evento suicida(32) . La familia es el escenario de formación y socialización de todos los seres humanos. Al interior de ella, las niñas y los niños adquieren las bases de los principios sociales y morales, aprenden a convivir con otros, a ser solidarios y empáticos, crean lazos de unión y comunicación. Es en la familia, donde la persona desde su infancia y durante sus primeros 5 años puede ser “moldeado” con todos aquellos aprendizajes que permiten generar habilidades y capacidades psicosociales que permiten al menor enfrentar las adversidades de la mejor manera(32) .

La familia se reconoce entonces como un sistema que tiene dinámicas propias, que permite a sus integrantes adaptarse a cambios en diferentes situaciones en los distintos entornos en los cuales se desenvuelve(33) . Cuando ese equilibrio dinámico es alterado por falta de capacidades sociales, educativas, culturales o económicas, se convierte en un entorno de riesgo para los niños y las niñas. Se evidencia que estas adversidades ayudan a que se presente el comportamiento suicida, conflictos familiares generan problemas de aprendizaje en resolución de conflictos y no cuentan con el apoyo para poder enfrentar eventos vitales estresantes que pueden llevar a la depresión(34) .

Los niños y las niñas entablan inicialmente con sus padres vínculos emocionales profundos y duraderos que son cruciales para el establecimiento del tipo de apego que influye en su desarrollo integral. Esta acción está ligada con el cuidado que los padres ejercen sobre sus hijos donde se relacionan con el intercambio de afectos, bienes materiales y económicos(35). En consecuencia existen tres tipos de

factores que se asocian con el comportamiento suicida en la infancia, el primero es la tensión familiar, aquellos cambios en la familia, ya sea porque la muerte o pérdida de un integrante o la separación de los padres, el segundo factor es la violencia familiar, situaciones que generan cualquier tipo de violencia y el tercer factor, consiste en la presencia de síntomas de depresión o antecedentes de comportamiento suicida(36) que posibilitan la capacidad del menor de aprender por imitación(37) .

No es la estructura de la familia la que se pone en duda cuando la relacionamos con el comportamiento suicida, es la calidad de las relaciones familiares que se debe evaluar para disminuir los riesgos del comportamiento suicida en niños y niñas(34) . El clima emocional que se refleja en discusiones y peleas, el maltrato físico, el maltrato psicológico que se presenta en rechazo o humillaciones, normas incoherentes puede llevar a que el niño o la niña exprese señales de conductas que se traducen en cambios comportamentales, malos hábitos alimenticios, de sueño o de ánimo, dificultades de concentración que pueden desencadenar un motivo para llevar a un comportamiento suicida exteriorizado en preocupación por la muerte, notas de despedidas, intentos de suicidio y suicidios consumados (37)

Así mismo, situaciones como el abuso sexual en la infancia, que en su mayoría es perpetuado por familiares, se asocian gran cantidad de problemas de salud mental en la adolescencia, incluso repercusiones en la edad adulta. El abuso sexual es visto como una “actividad sexual inapropiada para el menor de edad”, donde se le pide guardar el secreto y se le hace percibir que si lo relata es malo para sí mismo o para la familia(38).

Si un embarazo no fue deseado, también influye para que se desarrollen comportamientos suicidas, ya que la forma como se dan las manifestaciones de rechazo se ve reflejado en el estado emocional del niño o la niña. Lo mismo se puede deducir en embarazos de personas maduras, dado a que se puede generar una crianza incompleta ya que los padres pueden insatisfacer las necesidades del menor que requiere en su desarrollo. La edad de los padres influye dado a que la crianza de un menor por parte de padres jóvenes genera trastornos en la atención y educación del niño(37) .

El divorcio de los padres también influye significativamente en aumentar el riesgo del comportamiento suicida y crear una psicopatología en el menor(34) , al igual que la depresión, señalada como un predictor significativo(39) . La personalidad o la presencia de algún trastorno de los padres influye en la crianza y pueden ser portadores de enfermedades psiquiátricas en los niños y las niñas(37) .

Cuando ocurren comportamientos suicidas infantiles, la familia empieza un proceso de asimilación con el fin de ocultar la situación y considerarla como un accidente o un acto caprichoso, que puede ser olvidable e incómodo para los integrantes de la familia(4). El comportamiento suicida es una urgencia vital, no solo se ve afectada la salud del niño o la niña, sino que se debilitan sus redes afectivas y sociales(40) . El menor puede sentirse desatendido y descuidado(35) y puede convertirse en un elemento que trastoque la organización familiar(33) .

Cuando se presenta el comportamiento suicida, se evidencian tres componentes, emocional, conductual y cognitivo donde la desesperanza prevalece y la muerte es vista como la respuesta ante el sufrimiento(40). Resulta difícil establecer cuando se va a presentar un comportamiento suicida, ya sea un

intento de suicidio o un suicidio consumando, pero cuando suceden generan en la familia un desequilibrio que genera un profundo impacto, llevando a la familia a reajustar sus funciones y roles, a menudo con la expresión de reclamos, vergüenza y conductas estigmatizantes y a veces autodestructivas(33)

Los niños y las niñas que distinguen un elevado nivel de apoyo de parte de sus padres y madres son más adaptativos y reducen los efectos negativos de los estresores sobre la salud mental(35) . Actualmente, la familia, la sociedad y el Estado han fallado y es preciso que se replanten las acciones para garantizar los derechos de los niños y las niñas. Se debe brindar a las familias la oportunidad de mejorar sus condiciones económicas, acceso a servicios y capacidades para afrontar situaciones del entorno que les permitan alcanzar el bienestar para todos los miembros que la integran.

Educación en Salud Mental

Aunque se ha fallado en la prevención del comportamiento suicida porque las acciones que se ejecutan no siempre son de calidad para lograr cambios significativos en las actitudes y conductas(41), en la actualidad existe un importante esfuerzo por parte de distintas instituciones académicas y de salud para promover estudios sobre el comportamiento suicida en la población infantil. Se debe reconocer que no siempre se pueden prevenir aquellas situaciones que afectan negativamente al menor, pero si se puede fortalecer sus estructuras psíquicas para que puedan enfrentar aquellas dificultades durante el transcurso de su vida(18), a través de acciones que fortalezcan en el menor la capacidad de promover interacciones que permitan la comprensión de enfrentarse a nuevos retos, conocer nuevas personas y lugares y entender que el aprendizaje es un proceso permanente de la vida.

El comportamiento suicida afecta no solo a cada miembro de la familia, sino a toda la comunidad que empieza a cuestionarse acerca de las políticas públicas que existen para evitar estos sucesos, se requiere que las acciones que se realicen sean incluyentes, donde la participación sea un factor importante, se trabaje conjuntamente actores sociales e institucionales(42) , teniendo en cuenta que no solo le compete al sector salud, sino que el comportamiento suicida representa un problema multidisciplinario. Aparece como importante la promoción en salud, permitiendo la construcción de herramientas mayor control sobre la propia salud, propiciando la identificación y realización de aspiraciones; satisfacción de necesidades y adaptaciones a los entornos de influencia en procura del bienestar(41) .

Se pretende “evitar el primer intento suicida, su repetición y la consumación”(37) , aunque todavía desconocemos como van a reaccionar las personas en situaciones y edades diferentes(43) . La promoción se debe centrar en los miedos, prejuicios y representaciones(44) que se tiene sobre el comportamiento suicida, creando condiciones de bienestar que garantice que el menor pueda tener accesibilidad, oportunidad y mejoras en la calidad de prestación de servicios de salud(41) .

Ninguna acción logra prevenir el comportamiento suicida sino no es aceptable por la población en la que se desea actuar: “la aceptación es una función mental”(43) , se debe motivar al niño o a la niña, teniendo en cuenta que las acciones deben ser integrales e intersectoriales que permitan la participación de todas las instituciones(41) . La promoción de la salud como proceso educativo de enseñanza-aprendizaje, nos brinda herramientas como la información, la comunicación en salud y la educación para la salud para que los niños y las niñas tengan un control sobre su salud y utilicen los recursos que se

encuentran alrededor ya que la salud se percibe como fuente de riqueza de la vida cotidiana que les permite transformar sus hábitos y costumbres (41) .

La educación para la salud juega un papel importante ya que permite organizar, orientar e iniciar procesos que influyen en los conocimientos, actitudes y prácticas de la persona(41) para lograr estilos de vida saludables, dado a que los cambios sociales pueden generar afectaciones en la calidad de vida(45) perturbando la salud mental de los niños y las niñas, por tanto, es clave que los niños y las niñas tengan una participación relevante donde se puedan dar conocimientos sobre cómo alcanzar un buen estado de salud mental, los riesgos que se presentan en la cotidianidad y permitir que elijan las acciones que le brinden una buena salud mental y física(41) .

Estas acciones facilitan la autonomía y el ejercicio de los derechos y deberes en lo que respecta al mejoramiento de las condiciones de vida(45) que ayuda a potenciar las actitudes para crear y mantener hábitos sanos y seguros(41) . La promoción y la educación para la salud se deben articular con la Atención Primaria en Salud, que es definida de acuerdo con la OMS como “la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país”(46) . Se habla de integralidad en la atención a las personas como principal reto para que no haya incoherencia entre los discursos y las prácticas(47) .

Las familias pueden generar acciones orientadas hacia la prevención del comportamiento suicida y se promueva la salud mental en los niños y las niñas(18) , aunque no se debe desconocer que puede ser

consideradas como un factor de riesgo o como factor protector, de ahí radica la importancia que se promueva el autocuidado en los niños y las niñas, entendiéndolo como las actividades que se realizan para mejorar y recuperar la salud y limitar y prevenir enfermedades(48) .

Cuidar es una interacción humana que se desenvuelve en un contexto y tiene un fin(48) . Se pueden identificar varios pilares del autocuidado: la educación sobre salud, la actividad física, la alimentación saludable, la reducción o evasión de riesgos, la buena higiene y el uso racional y responsable de productos, servicios, diagnósticos y medicamentos(48) . El autocuidado permite que nos hagamos responsables de nuestras acciones, es voluntario e implica adquirir responsabilidad para ejercer acciones protectoras y preventivas que van a ayudar a mejorar el nivel de salud y fortalecer el autoconcepto, el autocontrol, la autoestima de las personas y lo más importante es que estimula un cambio en las personas, ayuda a buscar el bienestar deseado a través de cambios de hábitos, costumbres y actitudes frente al cuidado de la vida(49) .

El comportamiento suicida nos remite a preguntarnos por la vida, continúa siendo un estigma social y cuando ocurre en los niños y las niñas surgen causas mágicas, se oculta, pero el primer paso es que en la familia y en las instituciones educativas se debe reconocer que el comportamiento suicida esta presente y que se representa, se juzga y se interpreta de acuerdo con nuestras creencias personales, familiares y culturales(44) . El suicidio infantil de acuerdo con lo expresado por la OMS en el año 2012 se encuentra dentro de las primeras cinco causas de muerte infantil(42) , evidenciando que los menores toman esta acción como opción cuando no han podido reestructurar aquellos vínculos rotos con las personas significativas(50) .

No es solo de las instituciones generar acciones de prevención, la familia puede contribuir en el fortalecimiento de acciones de prevención con la escucha a cada uno de sus miembros, centrándose en los menores de edad. La escucha puede ser la principal alternativa para entender al niño o la niña, sus inquietudes, sus problemas, permite que sea el centro de atención. La escucha a través de la palabra y el afecto logran que el niño o la niña cree reflexiones positivas de la vida(44) .

Es tarea de la familia reconocer los comportamientos suicidas en los niños y niñas existen con el único fin de lograr hacer una intervención a tiempo(44) , evitar que se trivialicen las manifestaciones, porque los menores con comportamientos suicidas necesitan tener “figuras de apego reparadoras que ofrezcan el sostén y acompañamiento afectivo necesario durante su proceso de desarrollo”(18) , personas que apoyen su reparación psicológica y atiendan sus necesidades.

No se puede desconocer que uno de los factores de riesgo que pueden inducir algún comportamiento suicidio es el medio familiar, esto se puede asociar a la fragilidad de los lazos sociales y familiares(42) . Sin embargo, la familia es la primera institución a la que se acude cuando se presenta alguna crisis, se percibe seguridad y frente a la crisis la familia puede modificarse o conservarse(51) , que permite que el menor se adapte y se recupere, ahí radica la importancia que se enfoque en trabajar en “la calidad y calidez de los vínculos”(50) .

Los niños y las niñas forman parte de una red vincular, donde la familia y su grupo de pares son los primeros referentes cuando crean su red de apoyo, su efectividad depende si la red le da apoyo o violencia(50) . Una red brinda a la persona recursos y servicios, se encuentra “la compañía social, el

apoyo emocional, la guía cognitiva y los consejos, la regulación social, la ayuda material y de servicios y el acceso a nuevos contactos”(51) .

El apoyo familiar, permite que cada uno de los miembros sea corresponsable(51) , es parte fundamental para las personas y se puede lograr que el menor pueda enfrentar las diferentes situaciones de su vida sin tanto sufrimiento(52) . El apoyo familiar permite generar espacios donde el niño o la niña pueda expresar sus ideas, sentimientos, pero fortalece que los menores sean protagonistas y parte de la solución(42) . Es importante comprender que, si el niño o la niña no pueden “acceder, procesar y comprender información de salud básica”(48) , no podrán cuidarse de aquellas situaciones y experiencias que atenten contra su salud mental y física.

Como red de apoyo familiar se debe tener en cuenta que el comportamiento suicida puede deberse a factores como la depresión o la ansiedad, si se escucha y se presta atención al lenguaje del menor se puede identificar que siente el niño, no se ignoran los signos de alarmas y se busca ayuda profesional(42) en el momento para mantener la salud mental del menor permitiendo espacios de vida saludables(50) .

Entre los signos de alarma se encuentra el cambio repentino que afecta las actividades diarias del niño o la niña, ya sea en su entorno familiar o escolar, se observa falta de interés, se puede presentar bajo rendimiento académico, no se esfuerza por realizar actividades que antes era de interés, su comportamiento cambia y puede empezar a faltar a clases sin alguna explicación justificada(53) . También se evidencia aspectos disfuncionales en la familia que pueden desencadenar en un comportamiento suicida como la psicopatología de los padres, abuso de alcohol y sustancias, antecedentes de intentos de suicidio y suicidio, abusos físicos y sexuales, poco cuidado y comunicación,

violencia intrafamiliar, falta de tiempo por parte de los padres(53) . Estas situaciones colocan al menor en situación de riesgo, dado a que en ocasiones no buscan ayuda porque no desean generar más conflicto en su familia o simplemente tienen prohibido hablar de estas situaciones con personas externas a su familia.

Ejercer habilidades de comunicación, en ocasiones puede resultar dispendioso, por tanto, las familias deben ser conscientes que la escucha activa permite que el niño o la niña se concientice de su realidad, ya que la escucha “es una fuente de información que contribuye a modificar de forma positiva actitudes”(54) . Aplicar el proceso de comunicación es sencillo, se requiere de practica para dominarlo, elegir un lugar y momento adecuado, estar emocionalmente estables, ser congruentes, evitar sesgos, escuchar activamente y hacer preguntas abiertas utilizando palabras asertivas emitiendo mensajes cortos, claros y consistentes, aceptando argumentos de la otra persona permiten que la persona exprese sus sentimientos, necesidades y derechos sin sentirse amenazado(54) .

Esto promueve el fortalecimiento de los factores protectores, comprendiendo que la comunicación y el diálogo no incrementa el riesgo de comportamiento suicida, al contrario, permite generar acciones de prevención(37) . La familia debe promover una adecuada relación, apoyar a cada uno de sus miembros, fortalecer las habilidades sociales y generar confianza en sí mismo, permitir que la familia sea el espacio donde se busca ayuda cuando hay dificultades, cuando se necesite un consejo y se aprenda algo nuevo(53).

Así mismo, La escuela, más que una estructura física(44) es una institución que permite generar factores protectores para el comportamiento suicida, dado a que permite que el menor tenga una integración social, establezca relaciones con sus compañeros y profesores y encuentra otra red de apoyo para enfrentar situaciones negativas(53) . Es un reto para las instituciones educativas lograr que los docentes se apropien de la prevención del comportamiento suicida, dado a que en la mayoría de los casos, delegan la total responsabilidad en el profesional de psicología, quien es el que debe solventar esa situación(44) , se evidencia una falla porque es la escuela quien también genera la creación y fortalecimiento de hábitos saludables, por tanto, no es solo la responsabilidad del profesional de psicología, sino de los maestros y todas las personas que interactúan en este entorno, alternativas que incentiven el cuidado por la vida(44) .

Igualmente, los maestros deben dejar los prejuicios a un lado, sin importar la asignatura a la que estén adscritos; se deben buscar alternativas que permitan que los niños y las niñas hablen sobre su sufrimiento, puedan expresarse, dejando atrás ese imaginario que en la infancia no ocurren preocupaciones y que ellos no son capaces de elegir el intento de suicidio o suicidio como método de escape, crear ofertas de tiempo libre con alternativas artísticas o literarias(44) que permitan el fortalecimiento de habilidades para la vida(50)

Conclusiones

Cuando un niño o una niña se encuentra en riesgo de algún comportamiento suicida, rara vez está en un centro de salud. Esta situación puede ser presenciada por un familiar, un amigo, un profesor o un

vecino, que se convierte en la primera ayuda. Por tanto, el primer respondiente debe aprender lo que debe hacer en estos momentos de crisis(37) . Lo primero es derribar los mitos que existen alrededor de los comportamientos suicidas, para que se pueda hablar del tema abiertamente e identificar a aquellos niños y niñas con riesgo suicida(50) y lo segundo es que se debe comprender que el niño o la niña se siente infeliz y autolesionarse es su única salida para aliviar su dolor(37) .

Es importante, que, ante indicadores de presencia de comportamiento suicida, se le garantice al menor y su familia, seguimiento por parte de un equipo interdisciplinario(32) . De acuerdo con las investigaciones, se puede evidenciar que el comportamiento suicida es una urgencia social y sanitaria para los Gobiernos, por tanto, es necesario que se promuevan estudios que ayuden a crear y fortalecer los programas de prevención(17) . Los comportamientos suicidas son un reto para el sistema de salud de cualquier país, ya que refleja la salud mental de sus habitantes, el funcionamiento social de su país y las pérdidas económicas que puede generar en la familia y la sociedad(17) .

Para lograr cambios significativos en los programas de prevención es necesario incrementar la capacitación a los diferentes profesionales en salud y demás profesionales que trabajen con niños y niñas y sus familias en temas de primeros auxilios psicológicos para lograr un adecuado primer acompañamiento y así permitir la activación de la ruta correctamente(50) . Además, las instituciones de salud deben actualizar los sistemas de información para que la recolección de datos, su codificación y procesamiento sea eficaz y eficiente y así evitar errores en el diagnóstico para no dar tratamientos equívocos que no le permitan al niño o a la niña tener tolerancia a la frustración determinadas por el contexto social y cultural en el cual se desenvuelve el menor y sus familias(17) .

Es importante resaltar que las investigaciones existentes han presentado problemas para recopilar la información, puesto que en varias ocasiones no se puede realizar un estudio directo con los niños y niñas afectados por las implicaciones éticas que debe tenerse con ellos y porque su manera de expresar dichos comportamientos es particular y a veces imprecisa(4). En ocasiones, los padres se niegan hablar del tema(14) generando dudas sobre el desarrollo de la problemática como asociada o no a problemáticas familiares(31).

Distintos estudios proponen que los diferentes sectores trabajen intersectorialmente para brindar una mejor educación en salud mental. Esto se puede realizar a través de mejorar las políticas públicas, incluir a los medios de comunicación, crear programas acordes al contexto social de cada grupo etario(17) para lograr identificar los factores de riesgo que pueden aumentar los casos de comportamiento suicidas, los eventos desencadenantes y los medios para llevar a cabo el comportamiento suicida(17) .

La familia juega un rol importante en la prevención del comportamiento suicida, se recuerda, que brinda estabilidad emocional y permite que sus miembros logren enfrentar eventos estresantes(31) . Para los niños y las niñas sus familias son las primeras personas que le brindan cuidado, ya sea material, económico o afectivo(35) , es su primer espacio de interacción que le va a permitir desarrollarse en diferentes contextos que puedan tener problemáticas que le generen al menor experiencias negativas(13).

Comprender la familia y su significado actual nos lleva a actualizar las necesidades de esta, por ello, las investigaciones se deben enfocar además en comprender estructuras y dinámicas de la familia para evidenciar y recalcar que la familia debe proteger la vida, enseñar normas y crear lazos afectivos, por

ende, el crecimiento sano del menor(13) . Teniendo en cuenta que solo un porcentaje de los menores que tienen comportamiento suicida reciben atención médica(55) y que en varios hospitales no se registran los casos lo que lleva a desconocer la magnitud de los comportamientos suicidados en niños y niñas(55).

En las futuras investigaciones se debe tener en cuenta el desarrollo tecnológico en el cuál están inmersos los menores, puesto que ahora los niños y las niñas están a un click de obtener información que provoquen comportamientos suicidas(31) . La tecnología ha cambiado la forma de relacionarse, ahora el menor está solo en su habitación, pero al mismo tiempo, se está conectando con millones de personas alrededor del mundo, convirtiendo a las relaciones en vínculos superficiales y débiles. Sensibilizar a los padres para que puedan tomar conciencia acerca de los signos de alarma y que sean más participes en las actividades de sus hijos(28) , se convierte en un tema interesante de estudiar para lograr que las familias no pospongan un tratamiento y obtengan la ayuda necesaria para evitar repeticiones en el comportamiento suicida.

Las investigaciones revisadas refuerzan la idea de las Instituciones educativas como espacios de prevención. Proponen programas educativos donde el menor pueda acceder a información sobre el comportamiento suicida de manera responsable y con el acompañamiento de un profesional, programas donde se entrene en habilidades sociales para identificar aquellos menores con riesgo en comportamiento suicida, realizar entrevistas y test para identificar enfermedades mentales como la depresión. Se menciona la importancia de intervenir cuando ha ocurrido un comportamiento suicida con el fin de que los demás niños imiten el comportamiento y donde sean intervenidas las familias, amigos y personal educativo. Por último, mencionan la creación o el fortalecimiento de las líneas telefónicas donde se

brinde apoyo emocional y psicológico y se creen campañas para ser promocionadas en las redes sociales, conociendo el impacto que estas tienen en los menores(19) .

Es prioridad para los Gobiernos generar espacios de prevención en el hogar y la escuela, donde puedan trabajar temas como la persona, lo social y lo familiar(32) . El Estado siempre debe garantizar que la información en sus sistemas de información esté actualizada sobre el estado de derechos de los niños y niñas, además de que se pueda analizar e interpretar de manera clara y concisa donde los gobernantes puedan obtener aspectos positivos para su intervención y fortalecer sus planes de acción. Brindar apoyo económico y técnico a los investigadores facilitará la formulación de estudios que ayuden a prevenir el comportamiento suicida, que, aunque es impredecible, se puede mitigar y disminuir los casos registrados.

El Estado, la Sociedad y la familia tienen en sus manos la posibilidad de disminuir el comportamiento suicida, todo depende de las actualizaciones que se realicen frente a esta problemática, de las medidas que se tomen en las políticas públicas y de los sistemas de seguimiento para crear acciones oportunas y acordes a las necesidades de los niños y niñas.

Referencias Bibliográficas

- (1) Organización Mundial de la Salud. Suicidio. Available at: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Accessed 05 Marzo, 2020.
- (2) Canon Buitrago SC. Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. Archivos de Medicina 2011;11(1):62-67.
- (3) Palacios Espinosa X, Barrera Lora AM, Ordóñez Rodríguez M, Pena Ayala ME. Análisis bibliométrico de la producción científica sobre suicidio en niños en el período 1985-2005. Avances en psicología latinoamericana 2007;25(2):40-62.
- (4) Vásquez-Rojas R, Quijano-Serrano M. Cuando el intento de suicidio es cosa de niños. Revista Colombiana de Psiquiatría 2013 Diciembre;42(1):36-46.
- (5) Papalia DE, Feldman RD, Martorell G. Desarrollo Humano. Duodécima edición ed. México: Mc Graw Hill Education; 2000.
- (6) Lopera JD. El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública 2015 Marzo;32(Supl 1):11-20.
- (7) Organización Mundial de la Salud. ¿Cómo define la OMS la salud? Available at: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>. Accessed 5 Marzo, 2020.
- (8) Franco Giraldo Á. Salud Global: Una Visión Latinoamericana. Revista Panamericana de Salud Pública 2016 Feb 1;39(2):128-136.
- (9) Rodríguez Jorge. La atención de salud mental en América Latina y el Caribe . Psiquiatría del Uruguay 2007 Diciembre;71(2):117-124.
- (10) Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013 2020. Ginebra, Suiza: Ediciones de la OMS; 2013.
- (11) Durá Llopis M. Perfil socio-cultural del suicidio infantil. Isla de Arriarán: Revista Cultural y Científica 2009 Diciembre;34:301-308.
- (12) Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 4886 de 2018. 2018 Nov.
- (13) Medina Tabares M, Rúa Villa S, Vasco Rendón S. Relaciones parentofiliales en la infancia. Prevención del comportamiento suicida. Poiésis 2019 Apr 9,(36):147-163.
- (14) Miranda de la Torre, Ixchel, Cubillas Rodríguez MJ, Román Pérez R, Abril Valdez E. Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. Salud mental 2009 Dec 1;32(6):495-502.

- (15) García Galindo C, Bahamón MJ. Teoría cognitiva y teoría interpersonal psicológica del comportamiento suicida . Debates emergentes en psicología 2017 Febrero:43-53.
- (16) Van Orden K. The interpersonal theory of suicide: A useful theory? Psychology of emotions, motivations and actions. Advancing the science of suicidal behavior: understanding and intervention 2015:41-52.
- (17) Cardona Arango D, Medina Pérez OA, Cardona Duque DV. Caracterización del suicidio en Colombia, 2000-2010. Revista Colombiana de Psiquiatría 2016 Jul 1,;45(3):170-177.
- (18) García Peña JJ, Villota Araujo DF. Un camino a la reparación psicológica de los niños con ideaciones suicidas. Revista Virtual Universidad Católica del Norte 2019 Oct;58:180-201.
- (19) Mosquera L. Conducta suicida en la infancia: una revisión crítica . Revista de psicología clínica con niños y adolescentes 2016 enero;3(1):9-18.
- (20) Giraldo Monsalve LC, Ospina Pavas S, Flórez Montoya JE. Efectos emocionales del intento de suicidio de una niña de 10 años en los familiares con quienes reside en la ciudad de Medellín durante 2015-2016. Poiésis 2018 Oct 19,(35):108-119.
- (21) Piedrahita LE, García MA, Mesa JS, Stivalis I. Identificación de los factores relacionados con el intento de suicidio, en niños y adolescentes a partir de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. Colombia Médica 2011 Sep 1,;42(3):334-341.
- (22) Cabrejos C, Kruger H, Samalvides F. Intento de suicidio en niños y adolescentes: sus características biopsicosociales y diagnósticos psiquiátricos. Revista de Neuro-Psiquiatria 2013 Feb;68(1-2):55-66.
- (23) Bella ME, Fernández RA, Willington JM. Identificación de factores de riesgo en intentos de suicidio en niños y adolescentes. Revista Argentina Salud Pública 2010 Junio;1(3):24-29.
- (24) Bustos Arcón VÁ, Russo de Sánchez, Ana Rita. Salud mental como efecto del desarrollo psicoafectivo en la infancia. Psicogente 2018 Jun;21(39):183-202.
- (25) Díaz M DC, Nino P, Asiri Cuyay Nathalie, Ramírez N LF, Gómez J JF. Salud mental infantil: Una mirada desde la salud mental comunitaria. Carta Comunitaria 2016 Nov;24(140):33-50.
- (26) de la Barra M, Flora. Salud mental de niños y adolescentes: ¿Por qué es necesario investigar? Revista chilena de neuro-psiquiatria 2009;47(3):175-177.
- (27) Blanco-Castilla E, Cano Galindo J. El acoso escolar y suicidio de menores en la prensa española: Del tabú al boom informativo. Revista Latina de Comunicación Social 2019 Jan(74):937-949.
- (28) Martínez Lanz P, Saltrijeral MT, Terroba G. Revisión del tema: "Intento de suicidio en los niños: un fenómeno psicosocial". Salud Mental 1985 Junio;8(2):23-26.

- (29) UNICEF. Definición de la Infancia. Available at: <https://www.unicef.org/spanish/sowc05/childhooddefined.html>. Accessed 15 Abril, 2020.
- (30) Vinas F, Domenech E. El concepto de muerte en un grupo de escolares con ideación suicida. *Rev. de Psicol. Gral y Aplic* 1999;52(1):89-104.
- (31) Picazo Zappino J. El suicidio infanto-juvenil: una revisión. *Actas Esp Psiquiatr* 2014;42(3):125-132.
- (32) Pantoja-Chamorro FI, Rodríguez-Villota AX, Urbano-Urbano J, Cabrera-Bravo N. Epidemiología del intento suicida en menores de 18 años atendidos en el Hospital Infantil los Ángeles, Pasto, Colombia. *Universidad y Salud* 2019;21(1):19-26.
- (33) Garcíandía Imaz JA. Familia, Suicidio y Duelo. *Revista colombiana de psiquiatría* 2013;43(S1):71-79.
- (34) Larraguibel Q M, González M P, Martínez N V, Valenzuela G R. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista chilena de pediatría* 2000 May;71(3):183-191.
- (35) Moreno-Roldán MR, Agudelo-Bedoya ME, Alzate-Pulgarín V. Voces a escuchar en el cuidado: ¿qué dicen los niños y las niñas? *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* 2018 Jan;16(1):227-237.
- (36) Vinas F, Domènechs E. Variables predictoras de la ideación suicida en la población escolar infantil. *Revista Neuropsiq da inf. e Adol.* 1999;7(1):5-17.
- (37) Pérez Barrero SA. El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 1999 Apr;15(2):196-217.
- (38) González-Forteza C, Ramos Lira L, Vignau Brambila LE, Ramírez Villarreal C. El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental* 2001 Diciembre;24(6):16-25.
- (39) Villalobos-Galvis FH, Arévalo Ojeda C, Rojas Rivera FD. Adaptación del Inventario de Resiliencia ante el Suicidio (SRI-25) en adolescentes y jóvenes de Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2012 Mar;31(3):233-239.
- (40) Echeburúa E. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica* 2015 Jul;33(2):117-126.
- (41) Díaz Brito Y, Pérez Rivero JL, Báez Pupo F, Conde Martín M. Generalidades sobre promoción y educación para la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2012 Sep 1;28(3):299-308.
- (42) Acevedo Alemán J. El suicidio infantil, retos de una sociedad global. *Tópicos del Trabajo Social. Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar* 2019 Dec 26;8:49-60.

- (43) Lemkau P. ENSEÑANZA DE LA SALUD MENTAL. Boletín de la oficina sanitaria Panamericana 1963;54(6).
- (44) Claudia Lorena Ramírez. Eco Silencioso: Representaciones de las conductas suicidas infantiles en el contexto escolar desde las voces de cuatro maestras de dos instituciones educativas de Medellín Universidad de Antioquia - Universidad Pedagógica Nacional; 2018.
- (45) Restrepo Espinosa, María Hele a. Promoción de la salud mental: un marco para la formación y para la acción
. Ciencias de la Salud 2006;4(Esp):86-193.
- (46) Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud. Available at: https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/. Accessed Junio 01, 2020.
- (47) Calderón C. Atención primaria de salud: porqué, dónde y cómo
. Hacia Promoción de la Salud 2019;24(1):9-10.
- (48) Hastings MB. El autocuidado Una solución rentable e integral para la salud de las madres, los recién nacidos y los niños
.
- (49) Tobón Correa O. El Autocuidado Una Habilidad para vivir. Hacia la promoción de la salud 2015;8(1):38-50.
- (50) Maroto Vargas A. El suicidio en el ámbito comunitario: lineamientos para su abordaje. Revista Reflexiones 2017 Jun 1,;96(1):27-39.
- (51) Gómez Ardila S. El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica. Consideraciones desde una perspectiva psicosocial
. Revista Colombiana de Psiquiatría 2009;38(1):114-125.
- (52) Ardila-Gómez Sara, Hartfiel MI, Fernández MA, Ares Lavalle G, Borelli M, Stolkiner A. The challenge of inclusion in mental health: an analysis of a community center and its work with social bonds. Salud Colectiva 2016 Jun 1,;12(2):265-278.
- (53) Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Toxicomanía. Prevención del suicidio : un instrumento para docentes y demás personal institucional. 2001.
- (54) Vázquez Fernández ME, Núñez Jiménez C. Trabajando las habilidades de comunicación con las familias. Pediatría Atención Primaria 2016;25:99-104.
- (55) Zelaya de Migliorisi L, Piris de Almirón L, Migliorisi B. Intentos de suicidio en niños y adolescentes. ¿Máscara de Maltrato Infantil? Pediatría : Organo Oficial de la Sociedad Paraguaya de Pediatría 2012 Diciembre;39(3):167-172.